

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

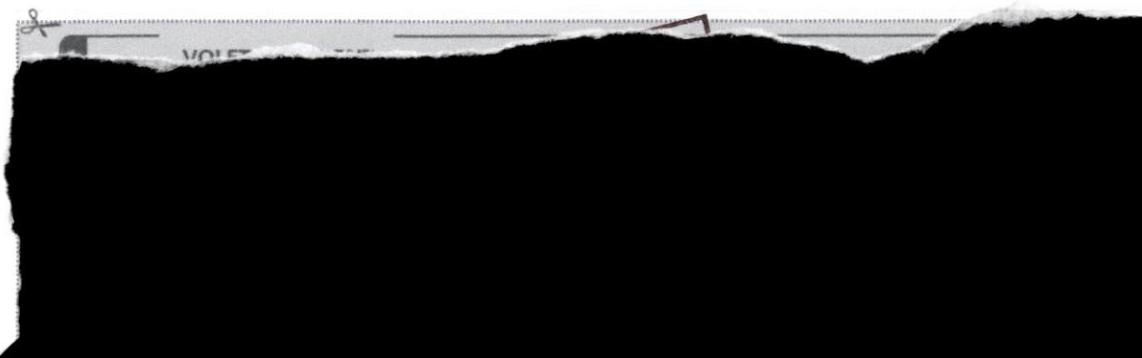
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12568		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : ES SATTE HOUSSAM 72693	
Nom & Prénom : ES SATTE HOUSSAM		Date de naissance : 27/10/1987	
Adresse : RIAD ANDALOUSSE MARBELLA 3 imm 59 APPT 20 HAY RIAD RABAT		Tél. : 0678450701 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 13/12/90/92	Nom et prénom du malade : LILYA ES SATTE		
Lien de parenté : Mary enfant	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Age : <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données à caractère personnel.
Fait à :
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/11/2023	C	3	300 dt	INP : 111111111111111111 Dr Salwa Chedid Professeur de médecine Béchar ASABI ANCA Tél: 060-3900093 Fax: 060-3900093 1034447

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
24 bis, Rue des Minetiers, 03200 Cusset T.E.L ARACO DRAI PHARMACIE D'AL	13/12/23	57,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																		
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																		
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																		
<p>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B																						
	H	G																																
	25533412 00000000	21433552 00000000																																
	D	G																																
	00000000 35533411	00000000 11433553																																
	B																																	
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																		

Dr. Salwa CHAFAI

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste en Hépatologie,
Gastro-entérologie, Nutrition et
Endoscopie Digestive Pédiatriques
Lauréate de la faculté de médecine
de Casablanca et de l'université Paris V

الدكتورة سلوى الشافعي

أستاذة في طب الأطفال

اختصاصية في أمراض الكبد الجهاز الهضمي
التغذية و التخفيض بالمنظار
الداخلي عند الطفل
خريجة كلية الطب بالبيضاء
وجامعة باريس V

Casablanca, le

13/12/2023

enfant Lilya ESSATTÉ

Age : 11 mois et 10 jours Poids : 9.850 Kg

STERIMAR

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi, à 16h et le soir, pendant 6 jours

MAXILASE SP 1 FL 125 Ml

Prendre 1 dose le matin, à midi, à 16h et le soir, pendant 6 jours

DOLI PEDIATRIQUE Solution Buvable à 3 % Flacon 90 Ml

kilo dose 4 fois par jour si T° >38°

56، شارع عبد الرحيم بو عبيد، زاوية زنقة إيبيس - فضاء مكاتب الوازيس - الطابق الخامس - الدار البيضاء

56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5^{ème} étage - Casablanca

الهاتف : 05 22 23 88 60 - المحمول : 05 22 23 88 60

البريد الإلكتروني : salwa.chafai@gmail.com

PHARMACIE DALAL

T. ELARAQI Dalal
24 bis, Rue des Vanneaux, Oasis
Casablanca
Tél: 05 22 992 754 - Fax: 05 22 280 292

أميلاز®
ريم

~~200~~ U.CEIP/ml

الفا أميلاز

40/000

Doli®
Pédiatrique
Paracétamol

PPV 17DH50
PER 07/26
LOT M2681

1A,6

